Rok LII. Kraków, dnia 10. maja 1913. Nr 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O leczeniu krwawnic metodą Boasa.

Napisał

Dr med. Józef Maybaum (Łódź).

Podana przez Boasa w roku zeszłym[1]) nowa metoda leczenia guzów krwawniczych polega na wywołaniu przekrwienia w okolicy odbytu. Zapomocą bańki Biera wyciąga się krwawnice na zewnątrz i utrzymuje poza odbytem dopóty, dopóki dookoła nie wytworzy się obrzęk. Wtedy guzy krwawnicze wewnątrz cofnąć się nie mogą, bo są uwięzione i jako takie ulegają stopniowo zgorzeli. Proces ten przebiega dość szybko i bez najmniejszego niebezpieczeństwa.

Pomysł Boasa jest celowem naśladownictwem naturalnego samowyleczenia krwawnic, które się spostrzega dość często, a które dopiero Boas wyzyskał jako metodę leczniczą. Zdarza się, że guzy krwawnicze wysuwają się poza odbyt i niepodobna ich odprowadzić. Jest to uważane powszechnie za powikłanie groźne.

W podręczniku Pentzolda i Stintzinga w wydaniu ostatniem, z r. 1909, znajdujemy w artykule Graesera, co następuje: »Jeżeli krwawnice wypadają przy wypróżnieniu, lub wskutek parcia, to jest rzeczą wielkiej wagi, aby je co prędzej wprowadzić z powrotem; czem dłużej pozostają one na zewnątrz, tem silniej pęcznieją, a dołączający się często skurcz zwieracza pogarsza sytuacyę«. Tymczasem niejednokrotnie widywano, że wypadnięte guzy krwawnicze znikały po ustąpieniu objawów zapalnych, pozostawiając po sobie krótsze lub dłuższe płatki dookoła odbytu. Opierając się na tem, spróbował Boas krwawniczych guzów nie odprowadzać, ale pozostawiać poza odbytem, i nadał temu leczeniu nazwę niekrwawego, pozaodbytniczego leczenia guzów krwawniczych. Na zasadzie osiągniętych wyników doszedł Boas do wniosku, że błędnem jest twierdzenie, jakoby wypadnięte guzy krwawnicze należało dla uniknięcia ciężkich powikłań odprowadzać bezzwłocznie, że, przeciwnie, jest niewłaściwem odprowadzać wypadnięte krwawnice, gdyż wstrzymuje się przez to ich samowyleczenie. Wypadnięcie guzów krwawniczych nietylko nie jest zdaniem Boasa niemiłem powikłaniem, ale stanowi właśnie zwrot pomyślny w kierunku do samowyleczenia.

[1]) Münchn. med. Woch. 1912, Nr 5.

Metodę Boasa stosowałem w szpitalu małż. Poznańskich w Łodzi i w praktyce prywatnej w przeciągu roku: w 5 przypadkach bez skutku, w 10 przypadkach z wynikiem pomyślnym. Technika metody polega na tem, aby guzy krwawnicze wydostać na zewnątrz i utrzymać je poza odbytem. O ile krwawnice nie wypadały same lub nie występowały po nadymaniu, nakładałem na odbyt bańkę Biera owalnego kształtu, odpowiedniej wielkości. Po nassaniu guzy wychodziły z odbytu, po kilku minutach siniały i pęczniały, a naokoło wytwarzał się obrzęk, który otaczał krwawnice, jak pierścieniem. Czem szybciej obrzęk powstaje, czem jest silniejszy, tem prędzej zostają krwawnice od krążenia odcięte i ulegają zanikowi. W niektórych przypadkach nie występuje obrzęk, ale powstaje skurcz zwieracza tak silny, że w zupełności odcina wypadnięte guzy od krążenia; w tych warunkach krwawnice też zanikają. Dalszy przebieg leczenia jest następujący: Bańkę Biera nakłada się zazwyczaj jeszcze 2—3 razy, na kilka minut, dla podtrzymania — względnie powiększenia — obrzęku. Zadzierzgnięte krwawnice stają się coraz większe i coraz czerwieńsze, czasami lekko krwawią, pokrywają się brudno szarym nalotem; potem kurczą się i twardnieją, a w przeciągu 10—14 dni zmieniają się do niepoznania: zamiast krwawnic wiszą u odbytu mniejsze lub większe płatki mięsiste, do krwawnic niepodobne.

Do leczenia metodą Boasa nie nadają się te krwawnice, które po nasadzeniu bańki ssącej na zewnątrz nie występują, i takie, które, wystąpiwszy, po dłuższym lub krótszym czasie cofają się. Bywa to zazwyczaj przy krwawnicach wysoko usadowionych lub szeroko na śluzówce osadzonych. Stosunkowo najłatwiej i najprędzej poddają się leczeniu guzy krwawnicze pojedyncze i takie, które po każdem wypróżnieniu wychodzą na zewnątrz, oraz przypadki starych, zaniedbanych krwawnic ciekących.

Moje niepomyślne przypadki, w których metoda Boasa zawiodła, są następujące.

I. 50-letni kupiec cierpi od kilku lat na zaparcie stolca, swędzenie w odbycie i krwawienie po stolcu. Rozpoznanie: guzy krwawnicze. Leczenie: Bańka Biera ssie 30 minut; wychodzą 2 duże krwawnice; powstaje obrzęk. Nazajutrz obrzęk znikł, a krwawnice się skryły. Powtarzam nassanie bańką Biera przez 30 minut; krwawnice się wysuwają i obrzęk się tworzy. Wieczorem obrzęk ginie, guzy wchodzą wewnątrz. Krwawnice były o szerokiej podstawie.

II. Uczeń 18-letni cierpi na zaparcie stolca. Przy badaniu odbytnicy wykrywam guz krwawniczy, dość wysoko usadowiony. Przy nadymaniu wysuwa się guz po za zwieracz; nassanie bańką Biera wytwarza obrzęk, który trwa do wieczora, potem przechodzi; następnego dnia dzieje się to samo: rano wytwarza się obrzęk po zastosowaniu bańki ssącej. guz krwawniczy pozostaje do wieczora poza odbytnicą; potem obrzęk maleje, guz się chowa

III. 28-letnia przekupka ma od połogu przed 4 miesiącami krwawiące hemoroidy. Przez 3 dni z rzędu nakładałem bańkę Biera; za każdym razem wysuwały się 2 spore guzy krwawnicze i powstawał obrzęk. Jednakże obrzęk znikał po kilku godzinach i guzy powracały na miejsce.

IV. 36-letni tkacz skarży się na częste krwawienie po stolcu. Przy badaniu wykrywa się jeden duży, szeroko osadzony guz krwawniczy. Zapomocą bańki Biera guz występuje na zewnątrz, dookoła tworzy się obrzęk; po 4 godzinach znika obrzęk i guz. Nassanie bańką Biera w przeciągu 20—30 minut przez 2 dni z rzędu jest bezskuteczne.

V. 52-letni chory, dotknięty marskością nerek, cierpi z powodu dużych, zamkniętych krwawnic. Po nałożeniu bańki ssącej, w niespełna 15 minut, traci przytomność, dostaje drgawek i pomimo natychmiastowej pomocy, upustu krwi, sztucznego oddechu i t. p. po 2 godzinach umiera.

Pierwsze cztery przypadki, w których metoda Boasa nie wywołała skutku, dotyczyły chorych z guzami krwawniczymi szeroko osadzonymi, względnie wysoko usadowionymi, w których widocznie metoda ta zawodzi.

Co się tyczy przypadku V, to w żadnym razie nie może śmierć chorego pozostawać w związku z zabiegiem dokonanym. Zabieg trwał niespełna kwadrans, chory leżał na boku, a nie — jak zwykle w tych razach — na czworakach, nie miał żadnych niepokojących objawów, mocznica wystąpiła nagle. W każdym razie przypadek ten stanowi naukę, że nawet do tak błahego zabiegu, jak metoda Boasa, należy dobierać przypadki i stawiać ścisłe wskazania.

Z przypadków, w których metoda Boasa dała wyniki pomyślne, wybieram następujące charakterystyczne:

I. Tkacz W., 46 lat, cierpi oddawna na zapalenie stolca, a od lat 5 na krwawnice, które wychodzą po każdem wypróżnieniu i często krwawią. Przy badaniu odbytnicy palcem wyczuwa się kilka guzów krwawniczych; przy nadymaniu schodzą one na zewnątrz i prędko się cofają. Po nassaniu bańką Biera występują 2 duże i 3 małe guzy krwawnicze, w przeciągu 20 minut tworzy się obrzęk; guzy są sinoczerwone, przepełnione krwią. W 2 godziny potem guzy napęczniały bardziej, chory skarży się na bóle. Po nałożeniu opatrunku i podaniu 10 kropli makowca spędza chory noc spokojnie. Nazajutrz cała okolica odbytu silnie obrzmiała, krwawnice leżą poza szparą, są niebieskoczarne, pokryte małymi czarnymi strupkami, przy dotykaniu bolesne. Trzeciego dnia obrzęk bez zmiany, guzy duże, twarde, pokryte szarym nalotem i krwawymi strupami Chory skarży się na bóle. Czwartego dnia obrzęk cokolwiek mniejszy, guzy mniej bolesne; następuje wypróżnienie, po którem bóle mijają; chory śpi dobrze bez makowca. Piątego dnia obrzęk zmniejsza się widocznie; guzy są mniejsze, twarde, niebolesne. Szóstego dnia chory opuszcza łóżko, ma się zupełnie dobrze, guzy leżą poza otworem odbytowym, są twarde, szaroczerwone; obrzęk minimalny. Ósmego dnia obrzęk znikł zupełnie, krwawnice leżą na zewnątrz, są twarde, niebolesne, po wypróżnieniu się nie cofają. Dziesiątego dnia przy badaniu odbytnicy palcem stwierdzam, że poza zwieraczem guzów krwawniczych niema; zewnętrznie widać 3 większe i 2 mniejsze twarde węzełki. Chory po opuszczeniu szpitala był badany kilkakrotnie: węzełki, wiszące u odbytu, stopniowo się zmniejszały; po miesiącu pozostały 2 niewielkie, mięsiste płatki, z powodu których chory nie odczuwał żadnych dolegliwości. Krwawienia po stolcu nie powtórzyły się więcej

II. Obywatel R., lat 54, cierpi od 28 lat na krwawnice, które od 11 lat krwawią. Dawniej krwawienia były obfitsze, ale niezbyt częste, teraz guzy krwawią mniej, ale codziennie, a nawet przy chodzeniu, jeździe, nachylaniu się i t. p. W ostatnich miesiącach występowały krwawnice przy każdym ruchu i krew się ciągle sączyła. Chory się skarży, że »poprostu nie wyjmuje ręki z kieszeni, bo musi bezustannie wciskać krwawnice, które wypadają i krwawią; nie może nastarczyć bielizny, która jest stale zakrwawiona«. Od 2 lat chory jest niezdolny do pracy, a teraz wprost chodzić nie może. Pomimo to nie chciał się zgodzić na operacyę z przyczyn zupełnie niezrozumiałych. Na zastosowanie metody niekrwawej Boasa przystał. Poleciłem nie wciskać krwawnic, ale przeciwnie nadąć się, aby wycisnąć je możliwie zupełnie; oczyściłem okolicę odbytu i nałożyłem opatrunek. Do następnego dnia obrzęk się nie wytworzył, choć guzy były na zewnątrz. Wtedy nałożyłem bańkę Biera, przy nassaniu bańka napełniła się krwią. Po 10 minutach okolica odbytu była obrzmiała i bolesna. Pomimo makowca chory miał całą noc bóle i nie spał. Nazajutrz obrzęk był większy, u odbytu sterczały 3 napęczniałe krwawnice, każda wielkości dużego orzecha. Bóle nie ustępowały przez całą dobę i dołączyło się parcie na mocz. Trzeciego dnia obrzęk był jeszcze większy, guzy sine, pokryte wybroczynami; bóle i parcie na mocz trwały. Brzuch był wypuklony w okolicy pęcherza i bolesny. Kompres na brzuch i okład wilgotny na odbyt przyniosły ulgę. Na czwarty dzień był stolec i mocz odszedł obficie. Bóle ustąpiły, guzy miały kolor sino-szary, miejscami czarny. Obrzęk się cokolwiek zmniejszył. Zastosowałem powtórnie bańkę Biera; tym razem guzy nie krwawiły; obrzęk się zwiększył po 10 minutach. W nocy, ani następnego dnia nie było bólów, ani parcia. Szóstego dnia jeden guz zmartwiały, dwa inne zabarwione ciemno, w kilku miejscach owrzodziałe. Siódmego dnia zmniejszył się obrzęk, guzy pokryte strupkami. Oddawanie moczu i kału było prawidłowe, chory nie miał bólów, nie krwawił. Ósmego dnia stan miejscowy bez zmiany, stan ogólny tak dobry, że chory następnego dnia odbył jednogodzinną przejażdżkę powozem do siebie na wieś. Powrócił po 2 dniach i twierdzi, że jest jak »nowonarodzony«, bo — co mu się dawno nie zdarzyło — przy chodzeniu nie krwawił. Przy badaniu na 11. dzień okazuje się, że jeden guz ściągnął się zupełnie, dwa inne zaś są wielkości orzecha laskowego, twarde, niebolesne, nie krwawią. Ponieważ obrzęk ustąpił zupełnie, więc po raz trzeci nałożyłem bańkę ssącą; po 15 minutach obrzęk był dość duży i nie zmniejszał się przez 3 dni następne. W ciągu tego czasu guzy krwawnicze zabarwiły się na szaro-czarno, stwardniały i zmalały. Szesnastego dnia obrzęk minął, a u odbytu zwieszały się 3 miesiące płatki niebolesne, niekrwawiące. Chory powrócił do zajęć i dał znać po $^1/_2$ roku, że nie miewa krwawień i uważa się za wyleczonego.

Inne, leczone przezemnie metodą Boasa przypadki przebiegały podobnie.

Pomijając jeden nieszczęśliwy przypadek, w którym nastąpiła śmierć podczas tego, kiedy była nałożona bańka ssąca — a który to przypadek nie stoi w żadnym związku ze stosowaną metodą, — nie spostrzegałem żadnych powikłań.

Ból towarzyszy zawsze zabiegowi, ale nie jest zbyt silny i nie trwa dłużej nad dwa do trzech dni. Czopki z belladonny lub 10 kropel makowca wystarczają, aby ból uśmierzyć; wstrzyknięcie morfiny jest nader rzadko potrzebne. Ból jest wywołany przez obrzęk, krwawnice same są

przeważnie niebolesne. Obrzęku zwalczać nie należy, gdyż, zmniejszając obrzęk, przeciwdziałamy leczeniu.

Często występuje na drugi dzień parcie na mocz i sprawia dolegliwości; przechodzi ono z chwilą zmniejszenia się obrzęku. Stolec jest wstrzymany, o ile podajemy makowiec; wypróżnienie nie oddziaływa ujemnie na przebieg leczenia. Ciepłota nie bywa podwyższona. Usposobienie chorego zależy od stanu ogólnego, który zazwyczaj nie ulega zmianom. Koniecznem jest, aby chory kilka dni — do tygodnia — pozostawał w łóżku.

Wyniki leczenia metodą Boasa są naogół dobre i metoda ta powinna być dalej próbowana. Nie mając bynajmniej pretensyi do zastąpienia metod chirurgicznych, stanowi ta metoda poważną zdobycz dla lecznictwa. Są bowiem okoliczności, przy których operować nie można, że wspomnę tylko o cukrzycy, krwawiączce, wadach serca i t. p., a zdarza się także, że się chorzy na operacyę zdecydować nie chcą.

Jeżeli przytem uwzględnimy, jak wielka jest liczba dotkniętych krwawnicami i jak mała stosunkowo liczba chirurgów — zwłaszcza na prowincyi —, to nawet najgorętsi zwolennicy leczenia operacyjnego przyjmą z uznaniem metodę niekrwawą, o ile się okaże, że daje ona pomyślne wyniki.

Metoda niekrwawa okazała się dotyczas w praktyce dobrą i zasługuje na zaufanie, tembardziej, że jest celowem naśladownictwem naturalnego samoleczenia krwawnic, spostrzeganego często, a które Boas, jako metodę leczniczą, zużytkował.

Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę paratyfusu (duru wrzekomego) i duru mandżurskiego,

przez

H. Fidlera (Radom).

(Ciąg dalszy).

W cięższych przypadkach występują: nudności, czkawka, wymioty, biegunka. Stolce z początku papkowate, następnie wodniste lub kałowe. Ciepłota nieco podwyższona, tętno przyspieszone. Chory się skarży na bóle i zawroty głowy, niekiedy bóle w stawach. Poprawa następuje po kilku dniach.

Ciężkie przypadki występują zwykle w ciepłej porze roku, lipcu, sierpniu, wrześniu w postaci cholery swojskiej. Początek bywa burzliwy. Gwałtowne wymioty z początku pokarmami, a w końcu szarozielonawemi masami, bóle w żołądku i jelitach. Stolce z początku krwawe, następnie bardzo obfite, wodniste, podobne do wody ryżowej z domieszką krwi. Cera ziemista, rysy zapadłe, wyraz twarzy apatyczny, oczy bez blasku, głęboko wpadnięte, nawpół przymknięte powieki, skóra zimna, sinicza, sucha, fałdująca się. W dalszym przebiegu na skórze mogą występować wykwity podobne do pokrzywki, lub też wysypka podobna do płoniczej z następczem łuszczeniem; w bardzo zaś ciężkich przypadkach petocie na skórze i błonach śluzowych. Opryszczki na wargach (herpes labialis) spostrzegano wielokrotnie. Niekiedy w pierwszych dniach choroby widywano różyczkę na tułowiu. Język i błony śluzowe jamy ustnej suche, głos bezdźwięczny, przytomność zachowana pomimo apatyi, niekiedy zaś silny niepokój i lęk; w następstwie chorzy tracą przytomność, występuje bredzenie i silny niepokój. W bardzo ciężkich, śmiertelnych przypadkach zdarzają się nawet drgawki. Źrenice zwężone, słabo oddziałują na światło. Tony serca głuche, tętno drobne, nitkowate, przyspieszone. Brzuch wciągnięty, śledziona macalna od drugiego dnia choroby. W moczu ślady białka, wałeczki, leukocyty, niekiedy krew; ciężar gatunkowy wysoki. Moczenie wkrótce ustaje. Silne pragnienie męczy chorych. Wielu z nich uskarża się na kurcze w łydkach i bóle w innych miejscach. Ciepłota podnosi się od pierwszych dni choroby, dochodzi do 40°, od drugiej doby stopniowo spada, niekiedy nawet niżej poziomu prawidłowego. W przypadkach pomyślnych po tygodniu chory wraca do zdrowia, przyczem 3—4. dnia mogą wystąpić wymioty i biegunka. Nawroty zdarzają się, jakkolwiek w łagodniejszej postaci.

Zejście śmiertelne zdarza się po 24—48 lub 96 godzinach przy objawach postępującego zapadu. Bywają jednak przypadki, w których po zniknięciu okresu zamartwiczego stan się nie poprawia, a chory umiera po tygodniu lub później.

W przebiegu tej postaci paratyfusów B. zdarzają się powikłania, w pierwszym rzędzie ze strony narządów moczowo-płciowych: zapalenia pęcherza, miedniczek nerkowych, nerek; wreszcie ropnie w różnych miejscach. Niektóre przypadki przechodzą w okres durowy, inne zaś w stan przewlekły.

Zmiany anatomo-patologiczne w ostrych postaciach. Sluzówka żołądka, jelit cienkich i grubych mniej lub więcej obrzmiała i zaczerwieniona; gdzieniegdzie małe wybroczyny, gruczoły odosobnione i kępy Payera mogą być obrzmiałe i otoczone czerwoną obwódką, a niekiedy wałem wybroczynowym. W niektórych przypadkach owrzodzenia pokryte strupami.

W piorunujących przypadkach lekkie przekrwienie śluzówki żołądka i jelit. (To samo stwierdził kol. Pełczyński w 2 przypadkach śmiertelnych w Radomiu w r. z.) Gruczoły krezkowe albo wcale nie są obrzmiałe, albo są tylko miernie obrzmiałe. Śledziona miernie powiększona lub też wcale niepowiększona. W innych narządach przekrwienie, zmętnienie, niekiedy zwyrodnienie tłuszczowe i wybroczyny; w nerkach czasami istotne zapalenie; krew w sercu gęsta, płynna, ciemno czerwona.

Rozpoznanie opierać się powinno na obecności prątka paratyfusu B w kale w znacznej ilości. Wykazać go należy hodowlami i oddziaływaniem na swoiste surowice uodporniające. Jednak nie wadzi pamiętać, iż wobec niemal wszechobecności prątków paratyfusu B. mogą się one znajdować w jelitach jako niewinne saprofity. Obecność ich w kale łącznie z objawami potwierdza rozpoznanie. O wiele ważniejszą cechą rozpoznawczą jest aglutynacya surowicy chorego. Lecz i tutaj zdarzyć się może, że aglutyniny pochodzą od przebytego poprzednio duru brzusznego. Jedynie wtedy aglutynacya jest przekonującą, gdy z początku wypada ujemnie, a dopiero w dalszym przebiegu choroby

występuje odczyn dodatni. Najpewniejszą oznaką jest obecność prątków we krwi chorego. Wprawdzie Conradi i inni znajdowali prątki paratyfusu B we krwi zdrowych, lecz, czy to były w istocie osoby zdrowe, możnaby wtedy dopiero orzec, gdyby 2-godzinne mierzenie ciepłoty nie wykazało podniesienia. Doświadczenie tymczasem uczy, iż obecność prątków we krwi oznacza zachorowanie.

Patogeneza. Gdy do przewodu pokarmowego w usposobionym ustroju wtargnie prątek paratyfusu B, to w pierwszym rzędzie występują objawy zatrucia przez jego jady. Ważniejszem jest jednak następcze osiedlenie się prątka oraz jego rozmnażanie się na powierzchni śluzówki jelit lub w górnej jej warstwie, wskutek czego w kale znajdujemy czystą hodowlę prątków paratyfusowych. Brak jest natomiast prątka okrężnicy, gdyż ginie on całkowicie, odwrotnie, niż w durze Eberthowskim. Prątki paratyfusu B rozmnażają się bardzo szybko. Po 8—16—48 godzinach wytwarza się takie mnóstwo prątków, iż występują objawy chorobowe. Osiedlenie się tedy prątków w powierzchownych warstwach śluzówki, oraz działanie wielkiej ilości wprowadzonego jadu wywołuje ostry lub przewlekły nieżyt żołądka i jelit. W tej postaci chorobowej prątki przedostają się niekiedy do krwi i wywołują niekiedy bakteryemię, która nigdy nie jest tak wybitną, ani tak długotrwałą, jak w paratyfusie brzusznym.

2) Przewlekły nieżyt żołądkowo-jelitowy paratyfusowy.

Niektóre przypadki przewlekłej biegunki wywołane są przez prątki paratyfusu B. Schottmüller opisuje taki przypadek z 9-miesięcznym przebiegiem. W innych zaś przypadkach paratyfusowy nieżyt przewodu pokarmowego z następczą bakteryemią może się przyłączyć do innych ostrych lub przewlekłych chorób. Osoby osłabione są bezwątpienia usposobione do zakażenia prątkiem paratyfusu B.

3) Paratyfus brzuszny B (Paratyphus abdominalis B).

Trzecia postać zakażenia przebiega podobnie do duru brzusznego Eberthowskiego. Niektóre cechy kliniczne odróżniają pierwszą od drugiej. W paratyfusie brzusznym w pewnym szeregu przypadków okres wylęgania trwa 2—8 dni. (Schottmüller, Jakowski, Ellermann). Chory uskarża się na brak łaknienia, nudności, niekiedy wymioty; czasem bywa gorączka. Objawy powyższe znamionują ostry nieżyt przewodu pokarmowego, poczem następuje już właściwy dur (wrzekomy). W licznych natomiast przypadkach choroba rozpoczyna się nagle. (Schottmüller, Lentz, Ellermann, Carducci, Złatogorow). Bez zwiastunów, może po kilkogodzinnem wylęganiu, występuje silny dreszcz. Ciepłota dochodzi do 40° i w dalszym ciągu trzyma się na tej wysokości. Obok tego zjawiają się nudności, wymioty, bóle głowy i obfite rozwolnienie. W pewnym szeregu przypadków krzywa ciepłoty jest odmienna od durowej: podnosi się wolno, po 4 dniach dosięga szczytu, poczem ma charakter ciągły, następnie zaś spada stopniowo do poziomu prawidłowego lub też poniżej niego. W innych zaś przypadkach gorączka ma charakter zwalniający, niekiedy przepuszczający, podobny do zimnicy (Carducci), a w niektórych nieprawidłowy niekiedy z codziennymi wieczornymi potami (Lentz). W większości jednak przypadków przeważa typ lekkiej gorączki, w której przebiegu albo brak okresu ciągłego, albo też okres ten trwa krótko. Również bardzo rzadko występuje okres amfiboliczny. W paratyfusie B gorączka trwa zazwyczaj krócej, do 14—21 dni, jakkolwiek zdarzają się przypadki o ciężkim i długotrwałym przebiegu, jak w durze Eberthowskim.

Drugim objawem jest różyczka, pojawiająca się zwykle od trzeciego dnia choroby, czasami nawet pierwszego dnia, niekiedy na początku drugiego tygodnia, a w wyjątkowych przypadkach dopiero w okresie zdrowienia. Wysypka bywa bardzo obfita. Czasami cały chory jest obsypany czerwonemi plamami, dochodzącemi do $1^1/_2$ ctm. średnicy; w niektórych przypadkach wysypka ma podobieństwo do płoniczej, odrowej, niekiedy widzimy petocie.

Wysypka sadowi się przeważnie na skórze brzucha. Na wargach występują opryszczki. Zdarzało się to w 50% przypadków.

Z innych objawów spotykamy: schnięcie i obłożenie języka, brak łaknienia, biegunkę, przyczem wypróżnienia bywają cuchnące, niekiedy o woni gnilnej z obfitą domieszką śluzu, a często w postaci zupy grochowej. Czasami bywa i zaparcie. Śledziona prawie we wszystkich przypadkach bywa powiększona. Obrzmienie jej występuje od 3—5. dnia. Śledziona bywa twardszą, aniżeli w durze brzusznym, jak twierdzą niektórzy. Obrzmienie znika szybciej, aniżeli w durze brzusznym. Obok tego spotykamy zapalenie migdałów oraz nieżyt dróg oddechowych. Ośrodki nerwowe bywają zajęte, podobnie jak w durze brzusznym. Spotykamy tedy: bóle głowy, bezsenność, niepokój, odurzenie aż do śpiączki, albo też bredzenie lub inne zaburzenia psychiczne z omamami wzrokowymi lub słuchowymi, a także stanami maniakalnymi.

Wielokrotnie spostrzegano objawy oponowe: sztywność karku, objaw Kerniga, a niekiedy i drgawki. Tętno bywa względnie zwolnione, dwubitne. Zdarza się też lekki białkomocz gorączkowy, w 30% przypadków odczyn dwuazowy; znajdowano wałeczki szkliste i leukocyty.

Bywają i powikłania w przebiegu paratyfusu. Spostrzegano tedy zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie otrzewnej wskutek przedziurawienia owrzodziałych jelit, oraz krwotoki jelitowe. Objawy powyższe występują wcześniej, aniżeli w durze, albowiem w paratyfusie daleko wcześniej rozwijają się zmiany w ścianach jelit.

Drogi żółciowe stanowią ulubione miejsce pobytu i rozwoju prątków paratyfusowych, które jednak swej obecności mogą niczem nie zdradzać. Znane są jednak przypadki, w których prątki te w obecności kamieni żółciowych wywoływały zapalenie pęcherzyka żółciowego z typowymi napadami kolki żółciowej.

Stwierdzili to Lorey i Sick w operowanych przez siebie przypadkach. W ciężkim przebiegu cierpią też i oskrzela. Bardzo jednak rzadko spotykano zapalenie płuc płatowe lub zrazikowe, albo też objawy opadowe w płucach, jak również zatory i ropnie. (Bingel spostrzegał w przebiegu paratyfusu ropień płuca, w którym wykryto prątek paratyfusu B. Czy to było pierwotne, czy następcze usadowienie się zarazka, niewiadomo). »Pneumoparatyphus« jest do tej pory nieznany.

Rzadko się zdarza powikłanie z gruźlicą. Natomiast wielokrotnie spotykano surowicze zapalenie opłucnej, a z wy-

sięku wyhodowano prątki paratyfusu B. Zdarzają się także i ropne zapalenia opłucnej.

Z powikłań spostrzegano rzadko zapalenia zakrzepowe żył na dolnych kończynach i w skórze brzucha (thrombophlebitis).

Bardzo rzadko zdarzają się istotne zapalenia nerek, natomiast drogi moczowe ulegają częstemu zakażeniu. To też zapalenia pęcherza moczowego i miedniczek nie należą do rzadkości. W przeciwieństwie do duru brzusznego, w którym te cierpienia przebiegają skrycie bez objawów klinicznych i w którym prątki szybko z moczu znikają, w paratyfusie B prątki trzymają się uporczywie w drogach moczowych, nawet bardzo długo po ukończonej w nich sprawie zapalnej Mocz miewa wtedy przykrą woń, podobną do zapachu śledzia. Oprócz tego występują niekiedy zapalenia jąder i najądrza, u kobiet zaś nierzadko zakażenie dróg porodowych po odbytym porodzie. Zdarzają się też zapalenia ucha środkowego, zapalenia spojówek oraz lekkie zaburzenia w układzie ruchowym oka, w mięśniach (wogóle) ropnie z czystą hodowlą prątka paratyfusu B. Spotykano również cierpienia kości i stawów, zapalenia okołoprostnicze, zatory zatok, zapalenia gruczołów chłonnych oraz tarczycy, jako powikłania, wywołane przez prątki paratyfusu B lub inne drobnoustroje.

Paratyfus może też wikłać inne choroby, jak np. płonicę (Schottmüller), odrę (Lorey), gruźlicę, zapalenie płuc, gorączkę maltańską, rumień krwotoczny (Le Count i Batty), dur brzuszny. W większości opisanych przypadków znajdowano prątki paratyfusu B jedynie w kale, co nie upoważnia do twierdzenia, by to były zakażenia mieszane. Może prątki paratyfusu B przechodziły przez przewód pokarmowy, nie wywołując zakażenia.

Tylko wtedy możemy mówić o zakażeniu mieszanem, gdy we krwi chorego lub jego narządach napotkamy dwa lub więcej rodzajów drobnoustrojów. Becker w jednym przypadku duru brzusznego wyhodował ze krwi i prątki Ebertha i paratyfusu B. Należy jednak pamiętać, iż obecność prątków paratyfusu B we krwi obok innych drobnoustrojów niezawsze przemawia za cierpieniem paratyfusowem, albowiem prątek paratyfusu B może w ustroju osłabionym przewędrować z przewodu pokarmowego do krwi. Jochmann wykrył we krwi dziecka chorego na płonicę prątki paratyfusu B, choć brakło klinicznych objawów paratyfusu B. W podobnych przypadkach rozstrzygnąć wątpliwości jest bardzo trudno. Należałoby badać krew od samego początku choroby. Obecność dwóch drobnoustrojów przemawiałaby za mieszanem zakażeniem. Gdy jednak z początku zjawia się we krwi jeden drobnoustrój, zaś później i drugi, to mówić o mieszanem zakażeniu można tylko z pewnem zastrzeżeniem.

We krwi zachodzą w paratyfusie B podobne zmiany morfologiczne, jak i w durze brzusznym: leukopenia, później względna limfocytoza, znikanie ciałek eozynochłonnych w początku choroby i ich powrót ze spadkiem ciepłoty, przy powikłaniach zaś leukocytoza. — W surowicy wytwarzają się swoiste aglutyniny.

Nawroty w paratyfusie B zdarzają się rzadziej, aniżeli w durze brzusznym i trwają zaledwie kilka dni.

A n a t o m i a p a t o l o g i c z n a. Wiadomości anatomo-patologiczne opierają się na niewielkim materyale sekcyjnym, przeto opis zmian niema pretensyi do dokładności. Oto ich obraz: W jelitach wydatne obrzmienie grudek chłonnych oraz kęp Peyera, w dalszym rozwoju martwica tkanki chłonnej, wytworzenie się owrzodzeń i strupów. Sprawa zapalna dochodzi w ścianach jelit do warstwy mięsnej, bardzo rzadko do otrzewnej. Cały narząd chłonny zarówno cienkich, jak i grubych jelit może być zajęty. Gruczoły krezkowe bywają obrzmiałe. — Rolly natomiast twierdzi, iż narządy chłonne jelit stosunkowo rzadko ulegają schorzeniu. Zdarzają się wprawdzie owrzodzenia w jelitach i krwotoki z nich, lecz posiadają one według Rollyego inną genezę, a mianowicie: w paratyfusie B istnieje ciężki nieżyt żołądka i jelit ze skłonnością do krwawień, a na tem tle powstają zdaniem Rollyego dopiero później owrzodzenia; zarówno wylewy krwawe, jak i owrzodzenia, występują bezplanowo na całej przestrzeni przewodu pokarmowego.

Lucksch (z zakładu Chiariego) opisał niewątpliwy pod względem klinicznym przypadek duru z prątkami paratyfusu B, w którym przy badaniu pośmiertnem stwierdzono wybroczyny w śluzówce żołądka, narząd chłonny jelit nietknięty; śluzówka jelit cienkich nieco blada, w kilku miejscach kątnicy i okrężnicy nieprawidłowe, poprzecznie ułożone owrzodzenia; w okrężnicy poprzecznej grudki szaro-żółtej barwy z czerwoną obwódką. Gruczoły krezkowe w przypadku tym, jak również w przypadku Briona i Kaysera, ciemnoczerwonej barwy, albo niewiele, albo zupełnie niepowiększone. Powyższe zmiany odpowiadają raczej czerwonce, aniżeli durowi.

Trzeci typ zmian opisał Loncope: lekkie obrzmienie śledziony, nieco powiększone grudki w jelicie grubem; brak obrzmienia i owrzodzeń narządów chłonnych w ścianach cienkich jelit, martwicze ogniska w wątrobie.

W pewnym szeregu przypadków nie spotykamy zmian w narządzie chłonnym jelit, natomiast miąższowe zwyrodnienie narządów, jak w posocznicy. Wszak wyjątkowo i w durze brzusznym można nie wykryć żadnych zmian anatomo-patologicznych.

Godny uwagi jest przypadek, opisany przez Nauwercka. U noworodka, zmarłego w kilka godzin po urodzeniu, stwierdzono: martwicę śluzówki żołądka, zapalenie, owrzodzenie tejże, lekkie obrzmienie śledziony, zapalenie ucha środkowego, pęcherzyka żółciowego i skazę krwotoczną (wybroczyny w mózgu, siatkówce, podosierdziowe, podopłucne, w grasicy i żołądku). Za życia stwierdzono: zielono-żółtą cerę twarzy, słabe tętno, nizką ciepłotę i wiotkość kończyn. Ze krwi wyhodowano prątki paratyfusu B i prątki okrężnicy.

Według Nauwercka prątek okrężnicy stanowił przypadkową domieszkę po urodzeniu, zaś prątek paratyfusu B przewędrował ze krwi matki do krwi płodu przez łożysko. Matka na 4 tygodnie przed porodem przechodziła ostre cierpienie przewodu pokarmowego o 3-dniowym przebiegu. Badania bakteryologicznego wtedy nie dokonano. Krew matki po porodzie sklejała prątki paratyfusowe B w stosunku 1:200, zaś prątków okrężnicy nie sklejała. Widocznie płód w łonie matki przebył paratyfus B, który wywołał liczne, a nieznamienne anatomo-patologiczne zmiany.

P a t o g e n e z a. Tutaj należy powtórzyć to wszystko, com powiedział o durze brzusznym. A więc: w jakiemkol-

wiek miejscu przewodu pokarmowego wchłonięte prątki paratyfusu B przedostają się do narządu chłonnego i dążą: 1) dośrodkowo do gruczołów i większych naczyń chłonnych, atakując przeważnie narządy chłonne jamy brzusznej, 2) odśrodkowo z powyższych narządów przeciskają się do najdrobniejszych rozgałęzień dróg chłonnych w śluzówce jelit, wywołując tutaj zmiany w grudkach chłonnych. Również odśrodkowo prątki przeciskają się do najdrobniejszych naczyń włoskowatych chłonnych w skórze, wywołując różyczkę przez zatkanie tych naczyń i odczynowe przekrwienie naczyniowe resp. zapalenie. Zmiany w grudkach, obrzmienie i owrzodzenie kęp Peyera nie zależą od przenikania drobnoustrojów z treści jelit do wyżej wspomnianych narządów, lecz od wstecznego zawleczenia prątków z naczyń chłonnych krezki.

Tym sposobem owrzodzenia jelit stanowią jedynie miejscowy objaw schorzenia narządu chłonnego całego ustroju. Z naczyń chłonnych prątki przedostają się do krwi. W tym momencie występuje pierwszy widoczny objaw choroby, t. j. gorączka. Podobnie jak w durze brzusznym, tak i tu obecność prątków we krwi nie jest dla ustroju sprawą obojętną, lecz przeciwnie, znamionuje swoiste schorzenie. Powstawanie owrzodzeń w jelitach zależy od innego mechanizmu. Podobnie, jak w czerwonce, należy przypuścić, iż prątki z treści jelit przedostają się do śluzówki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Dr Seweryn Sterling (Łódź). **Postaci kliniczne suchot płucnych**. Warszawa 1913. (Odczyty kliniczne, wydawane przez Redakcyę »Gazety lekarskiej«).

Wśród powodzi artykułów, monografii i traktatów ciężkiego kalibru o gruźlicy, których treść wypełniają przeważnie badania bakteryologiczne, z radością powitać należy każdą pracę, mającą za przedmiot przedewszystkiem klinikę gruźlicy, a temsamem budzącą żywe zainteresowanie w szerokich kołach praktyków, którzy nie mają skądinąd ani czasu, ani możności wnikania głębiej w bardzo zawiłe i niewyjaśnione dotąd dostatecznie sprawy: anafilaksyi, uodpornienia, odczynu tuberkulinowego i t. d. i t. d. Tem radośniej witamy pracę, wychodzącą z pod pióra zaszczytnie znanego badacza gruźlicy, obdarzonego bystrym zmysłem spostrzegawczym i dużem doświadczeniem klinicznem.

Sam tytuł »Postaci kliniczne suchot płucnych« z góry powiada w ogólnych zarysach, o co chodzi autorowi. Cel swój bliżej określa autor w następujących trzech zdaniach: 1) możność rokowania, 2) możność porozumiewania się lekarzy, 3) możność oceny wartości środków i metod leczniczych.

Ponieważ sprawa klasyfikacyi suchot płucnych oddawna zajmowała umysły klinicystów, autor poświęca przeważną część swej monografii wyczerpującej krytyce najważniejszych w tym kierunku dotąd poczynionych prób, w końcu na kilku stronach podaje swą własną klasyfikacyę. Zaznaczyć zaś należy, że przewodnią myślą autora w całej pracy jest ta, iż suchot płucnych nie należy rozważać, jako schorzenie danego narządu, lecz jako chorobę całego ustroju w płucach umiejscowioną, zawarunkowaną całym szeregiem czynników biologicznych i niejednokrotnie powikłaną tą samą etyologicznie sprawą chorobową w innych narządach lub tkankach. — Pod ostrzem krytyki autora pada przyjęta na konferencyi wiedeńskiej w 1907 r. znana klasyfikacya Turbana-Gerhardta, którą Sterling nazywa mechaniczną, bezduszną, »bo jest przeważnie topograficzną i nie stara się nawet o uwzględnienie najgłówniejszych cech różnorodności samych spraw anatomo-patologicznych«. Stosowanie jej jako podstawy do oceny wyników leczniczych w sanatoryach niemieckich wypada często paradoksalnie. Autor przedstawia nam następującą statystykę, dotyczącą 42.232 chorych leczonych w r. 1909:

	przy przyjęciu do sanatoryum	przy opuszczeniu sanatoryum
Okresy		zdrowi 6%
I.	54%	60%
II.	35%	25%
III.	11%	9%

A więc — zaznacza autor — przesunęło się do lepszych okresów razem 12%, gdy ta sama statystyka mówi o wyraźnej poprawie (t. j. o powrocie zdolności do pracy) u 83% wyleczonych! Chyba lepszego argumentu, odzierającego powyższą klasyfikacyę z całej jej wartości klinicznej, przytoczyć niepodobna. Sądząc, że koniecznie należałoby ją poddać rewizyi, autor wspomina o zmianie, zaprowadzonej przez Banga: podział każdego płuca na 18 pól, (szczegóły pomijamy) gdzie stosownie do jednego lub dwóch punktów w każdem polu, iloczyn, (pole) ma określać »lekkość« lub »ciężkość« schorzenia. Próbę tę uważa słusznie Sterling za formalną tylko.

Nad podziałem Denysa lub Spemglera, który w swem ugrupowaniu bierze za punkt wyjścia obecność gorączki lub laseczników, autor nie zatrzymuje się, sądząc słusznie, że czynniki tak zmienne za podstawę klasyfikacyi służyć nie mogą. Więcej miejsca natomiast poświęca nowym pracom w tej specyalnej sprawie, a mianowicie: A. Fraenkla, E. Albrechta i Schuta. — Pierwszy z nich proponuje następujący podział: 1) sprawy wierzchołkowe (szczytowe), jedno, lub obustronne, 2) sprawy zajmujące płat górny, jedno- lub obustronne, o charakterze: a) nacieczenia b) stwardnienia c) jamowym d) powikłane zapaleniem opłucnej lub odmą piersiową, 3) sprawy w płacie górnym ze zmianami w płatach średnim i dolnym. O rozmaitych szczegółach dotyczących większych lub mniejszych zmian, w każdym z tych trzech działów, a wykrywanych zapomocą badania fizycznego, mówić tu nie będziemy, odsyłając ciekawych do pracy Sterlinga; zgadzamy się tylko w zupełności z autorem, który za zasługę tej klasyfikacyi uważa »konieczność uwzględnienia charakteru, jakości obok rozmiarów sprawy«. Ta konieczność właśnie daje powód Albrechtowi do uzupełnienia topograficznej strony klasyfikacyi Fraenkla dość częstymi u dzieci lub osób młodych przypadkami, gdzie sprawa pierwotna zaczyna się w płacie dolnym, a stamtąd postępuje ku górze, a następnie do zmodyfikowania klinicznego podziału, opartego na jakości zmian anatomicznych, w taki sposób: 1) sprawy stwardniające, gojące się, 2) sprawy guzowate, postępujące (oskrzelowe lub dokoła-oskrzelowe 3) sprawy pneumoniczno-serowate. Sprawy te w każdym z 3 działów, jako postacie przewlekłe, mogą przebiegać bez jam lub z jamami, które najgorszą rolę odgrywają przeważnie w dziale drugim, będąc źródłem dalszego zakażenia z powodu obfitej ilościowo treści zakaźnej, ale przez swą mnogość w różnych płatach dają wogóle bardzo złe rokowanie.

Nad podziałem ilościowym Albrechta, stosownie do tego, czy ogniska są oddzielne i tylko w jednym płacie, czy też rozsiane, i to nie w jednym płacie, zatrzymywać się nie będziemy, dodając, że Albrecht uzupełnia jeszcze swą klasyfikacyę powikłaniami, jak rozedma, jamy oskrzelowe, gruźlica jelit, gruźlica krtani i t. d. Zauważymy, że i Fraenkel, zgodnie z klasyfikacyą Albrechta, zmodyfikował

i rozszerzył ostatnimi czasy swą dawniejszą klasyfikacyę, uzupełniając ją całym szeregiem szczegółów, które dokładnie opisuje Sterling w swojej pracy. Ale przeciw podziałowi Fraenkel-Albrechta wystąpił Schut, opierając się na tym fakcie, że postać druga, czyli guzowata, nicma właściwej sobie autonomii patologicznej, gdyż zbliża się albo do typu włóknistego albo do typu serowatego i na tej podstawie podaje on dwa wielkie typy gruźlicy jawnej: 1) o charakterze przeważnie rozrostowym, i 2) przeważnie wysiękowym. W każdym zaś z nich dwie postacie: a) niepostępująca lub b) postępująca, przewlekła lub ostra. Wchodzić we wszelkie charakterystyczne szczegóły tych odmian nie będziemy, gdyż idąc za autorem »Postaci klinicznych suchot płucnych« mamy za zadanie podać w ogólnych zarysach usiłowania klinicystów, w sprawie klasyfikacyi podejmowane. — Z tej racyi zatrzymujemy się nad klasyfikacyą Barda i Pieryego. którym autor poświęca sporo miejsca, a pomijamy inne, mniejszej wagi.

Bard zajmuje się tylko postaciami choroby rozwiniętej, pomija zaś okresy początkowe (phthisis incipiens) jako mające objawy za mało charakterystyczne, i »phthisis consumata« jako już pozbawioną odrębnych cech, tak, że na nich oprzeć rozpoznania klinicznej postaci nie można. A więc dzieli on chorobę rozwiniętą na 3 wielkie postacie: miąższowa, śródmiąższowa i oskrzelowa. Pierwszą z nich dzieli na postacie: poronną, serowato-włóknistoserowatą i wreszcie włóknistą, i w tych dwóch ostatnich jeszcze przyjmuje poddziały, stosownie do zmian anatomicznych i przebiegu klinicznego. Również wśród głównych postaci: śródmiąższowej i oskrzelowej, odróżnia on, opierając się na tem samem założeniu, kilka odmian, o których tu mówić nie będziemy.

Przechodzimy wreszcie do klasyfikacyi Pieryego, wprowadzającej nas w prawdziwy labirynt różnych postaci i podpostaci, w których mogą zoryentować się chyba uczniowie samego twórcy tego podziału, trzymając wydrukowany schemat w ręku przy łożu chorego. Toteż słusznie podkreślając zbytnią złożoność tej klasyfikacyi, powiada Sterling, że »spoufalić się z nią może lekarz, wychowany we francuskiej szkole; dla ogółu innych lekarzy, którzy się tej klasyfikacyi dopiero uczyć mają, nie nadaje się ona«.

Istotnie, mamy tu 2 główne postacie: 1) suchoty przewlekłe i podprzewlekłe, 2) postać ostrą. Ale w pierwszej postaci mamy 4 podpostacie: włóknisto-serowatą, włóknistą, łagodną (dyskretną) i formy ukryte, przyczem oprócz ostatniej (ukrytej) każda dzieli się jeszcze na kilka postaci; mamy więc ich w suchotach przewlekłych razem 14. Gdy zważymy, że postać ostra dzieli się na 3 grupy (serowata, prosówkowa i posocznicza), że w serowatej i prosówkowej znajdujemy jeszcze po 5 odrębnych form, otrzymamy razem 11, w sumie zaś postać ostra i przewlekła będą miały ostatecznie 25 różnych form, z któremi Piery, — jak nam przedstawia Sterling — zapomocą szczegółowej charakterystyki objawów klinicznych stara się nas zapoznać. Ale oprócz kliniki posługuje się on dla rozróżniczkowania tej mnogości postaci i podpostaci metodami chemicznemi, hematologicznemi i wreszcie morfologiczną wielopostaciowością lasecznika (homogenes brevis et longus, moniliformis brevis et longus). Czy zmieniające się ilości chlorku mają ostatecznie rozstrzygać o wszelkich skokach choroby, tego nie wiem, ale że metody hematologiczne, jako kryteryum dla oceny nasilenia lub zwolnienia choroby, są jeszcze bardzo niepewne, to rzecz niewątpliwa; — świadczy o tem choćby metoda Arnetha. Również wątpliwem jest, czy zapomocą określonych postaci morfologicznych lasecznika można wnosić dokładnie o przebiegu choroby? Ze zachodzi bowiem stosunek między jednem a drugiem, to rzecz pewna, ale stosunek ten ani dokładnie, ani stale nie jest określony, więc nie może służyć za miarę przy klasyfikacyi dla celów rozpoznania i rokowania.

Gdy wybrniemy z tej mgławicy różnych klasyfikacyi zagranicznych, myśl nasza swobodniej się porusza na terenie swojskim, gdzie spotykamy powszechnie znaną z klasycznego dzieła Sokołowskiego jego własną klasyfikacyę, a teraz zaś mamy nową, głęboko pomyślaną, a krótko i jasno sformułowaną przez Sterlinga.

Postacie kliniczne suchot przewlekłych.

I Phthisis incipiens	a) latens b) manifesta	stationaris progrediens	acuta chronica	
II. Phthisis declarata	fibrosa fibro-caseosa caseosa	stationaris progrediens	acuta chronica	localisatio
III. Phthisis consumata	fibrosa fibro-caseosa caseosa			

Już pobieżny rzut oka wykazuje, że klasyfikacya ta jest bardzo prosta, przystępna, gdyż opiera się na głównych typach anatomicznych (sprawa włóknista, włóknistoserowata i serowata), ma na oku najważniejsze postacie kliniczne, a więc początkującą gruźlicę, gruźlicę już rozwiniętą i gruźlicę wyniszczająco-postępującą i uwzględnia ze stanowiska przebiegu klinicznego dwie zasadnicze cechy: wstrzymanie lub postępowanie sprawy, w formie ostrej lub przewlekłej.

Klasyfikacya ta, gdy się bliżej nad nią zastanowić, nadaje się, zdaniem naszem, lepiej niż wszystkie dotychczasowe, rozpatrzone przez Sterlinga, zarówno dla celów rozpoznania klinicznego, jako też i dla oceny wyników leczniczych w sanatoryach (lub szpitalach), gdzie mamy duży materyał chorych. Na podstawie tej klasyfikacyi daleko łatwiej rozpoznać dany przypadek kliniczny i zaliczyć go do takiej to głównej postaci, mającej przeważający charakter anatomiczny, przy przebiegu pomyślnym (stationaris) lub niepomyślnym (progrediens), szybkim lub powolnym. Mamy przy tej klasyfikacyi ramy nie tak obszerne, jak u Pieryego, przez które dana sprawa chorobowa może wylecieć nazewnątrz i nie tak wązkie, jak u Turbana-Gerhardta, że z trudnością w nich da się co pomieścić; mamy nadto ramy z materyału odpowiednio giętkiego, w które obraz choroby dogodnie wsunąć się daje. Dla oceny wyników sanatoryalnych, trzy główne postacie, zamiast trzech okresów Turbana-Gerhardta, wydają się nam daleko odpowiedniejszemi, zwłaszcza, że podczas leczenia można kierować się poddziałami tych trzech głównych postaci, posługując się obok badania fizycznego i rentgenologicznego, całym szeregiem metod bakteryologicznych, cytologicznych i biologicznych, którym też autor wyznacza odpowiednie miejsce.

Uznając całą zmienność suchot płucnych w ich przebiegu, podaje nam Sterling kilka przykładów dla oryentowania się zapomocą swej klasyfikacyi w sprawie rokowania. Ale tu właśnie, zdaniem naszem, autor zamało liczy się z jednym bardzo ważnym czynnikiem — odpornością ustroju, która zarówno w przypadkach lekkich, jak i ciężkich (nie mówiąc o beznadziejnych) zadaje skądinąd kłam naszym przewidywaniom, opartym choćby na bardzo dokładnych badaniach. Pozwolimy sobie przypuszczać, że dopóki sprawa odporności ustroju nie będzie należycie wyjaśnioną, klinika, pomimo wszelkich dziś znanych metod, będzie nam sprawiać w sprawie rokowania miłe lub przykre niespodzianki. Idąc dalej, nie możemy przyznać, aby klasyfikacya postaci klinicznych suchot odgrywała tak wielką rolę, jak tego chce autor, w planowej ftizyoterapii, (patrz str. 60), gdyż ta kieruje się więcej przebiegiem choroby, niż zaliczeniem danego przypadku do danej odmiany, ta zaś w dynamice patologicznej jest rzeczą czasową nie stałą, co sam autor wyraźnie zaznacza (str. 4). Z tych też względów sądzimy, że autor nieco przecenia rolę klasyfikacyi, czy to w sprawie stosowania tuberkuliny (str. 60), czy jakichkolwiek zabiegów lub leków

(str. 61). Zawsze tu będzie rozstrzygać prędzej dynamika — przebieg, niż statyka — klasyfikacya, a co się tyczy tuberkuliny, to przeszło 22 letnia jej historya każe przypuszczać, że nie prędko wyjdziemy z okresu »macania«.

Streszczając w kilku słowach to, cośmy powiedzieli, z całą przyjemnością stwierdzamy, że dla rozpoznania, dla oceny wyników leczniczych na podstawie początkowego rozpoznania, wreszcie dla celów praktycznych wzajemnego porozumienia się lekarzy, klasyfikacya Sterlinga jest poważnym krokiem naprzód i powinna usunąć inne, albo zanadto »mechaniczne«, jak Turbana-Gerhardta, lub zanadto zawikłane, jak Pieryego, cała zaś praca Sterlinga jest poważnym nabytkiem w naszem niezbyt bogatem piśmiennictwie lekarskiem i ze wszech miar zasługuje na to, aby była znana nietylko ogółowi lekarzy polskich, lecz aby wyszła daleko poza granice naszego kraju. K. Dłuski (Zakopane).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Schmerz. **Doświadczenia z hyperolem.** (Klin. therap. Woch. 1912 Nr 29). S. donosi o korzystnych wynikach leczenia hyperolem z kliniki chirurgicznej w Gracu. Hyperol jest to połączenie wody utlenionej z karbamidem zapomocą kwasu cytrynowego. Przedstawia się jako śnieżnobiały proszek, rozpuszczalny w wodzie, i zawiera 35% H_2O_2. Wyrabiany jest też w postaci pastylek po 1,0; celem sporządzenia 3% roczczynu trzeba dać 10 pastylek na 100,0 wody. Hyperol działa o wiele lepiej, niż polecany także w pastylkach pergenol. Hyperol nadaje się do opatrywania ran zakażonych w postaci płynu, proszku, maści, ew. gazy; oczyszcza szybko rany, pobudza ziarninę, odwania ranę i t. d. (Niestety cena jest dość wysoka, bo gram kosztuje 9 halerzy, tak, że roczyn wypada bardzo drogo. Przyp. sprawozd.). A.

Czerny. **O powstawaniu i leczeniu raka.** (Odczyt w Uranii 5. III. 1913). Odczyt ten, chociaż przeznaczony dla laików, przedstawia i dla lekarzy wiele ciekawego, choćby dlatego, że C. podał tu wiele uwag, które oparte są na własnej pracy, ale nie stwierdzone naukowo, tak, że przed gronem lekarskiem C. z niemiby może jeszcze nie wystąpił. Wyniki operacyi raków nie zawsze i nie wszędzie są dobre. Przy raku sutka osiąga się np. zaledwo około 40% wyleczeń, przy raku żołądka 20—30% i t. d., ogółem wziąwszy liczyć można, że zaledwo 40% operowanych na raka pozostaje na stałe wyleczonych. Dowodzi to jasno, że prócz operacyi musimy się oglądać i za innymi sposobami w leczeniu czy doleczaniu. Znaną jest rzeczą, że udaje się doświadczalnie przenosić nowotwory złośliwe i bez szczepienia komórek, tak, że zdaje się nie ulegać wątpliwości, iż przyczyną raka są pewne nieznane nam dotąd drobnoustroje. Bezwarunkowo do powstania raka konieczną jest indywidualna dyspozycya, która może być nabytą lub wrodzoną, dalej wrota wtargnięcia zarazka (zranienia, sprawy zapalne, wrzody, blizny, brodawki i t. p), a wreszcie właściwy zarazek, który dostaje się do ustroju człowieka zdaje się drogą pośrednią przez t. zw. gospodarza i dlatego rak właściwie nie jest bezpośrednio zaraźliwy. Nowe sposoby leczenia raka, nie nadającego się do operacyi, dają coraz lepsze wyniki, bo obecnie już około 13% polepszeń, równających się wyleczeniu. Aby walka z rakiem była skuteczną, powinno społeczeństwo nie szczędzić pieniędzy na zakładanie szpitali i stacyi doświadczalnych do walki z rakiem. K.

Jacobaeus. **O laparoskopii i torakoskopii.** (Beitr. z. Klin. der Tub. XXV. z 2). J. zachęca do oglądania jamy brzusznej i piersiowej sposobem, podanym przez siebie. Używa do tego cystoskopu Nitzego Nr 12 z trójgrańcem. W jamie brzusznej łatwo wykonać to oglądanie, gdy znajduje się tam płyn, bo przy sposobności wypuszczenia płynu w miejsce jego wpędza się powietrze jałowe i ogląda wtedy jamę brzuszną. O ile płynu nie ma, wbicie trójgrańca może być niebezpiecznem. W klatce piersiowej postępuje się podobnie. Chory leży na zdrowym boku. W razie odmy piersiowej wbija się trójgraniec w VI lub VII międzyżebrze nieco na wewnątrz od przedniej linii pachowej, przy wysiękach w VII—IX poniżej brzegu łopatki, względnie bliżej linii środkowej, wypuszcza się płyn i wpędza powietrze. J. badał dotąd 109 razy jamę brzuszną (24 nowotworów) i 88 razy klatkę piersiową. K.

Finsterer. **Leczenie raka żołądka zapomocą naświetlania guza, wyłożonego poza jamę brzuszną.** (Tow. lek. wiedeń. II. 1913). F. donosi o przypadkach raka żołądka, nie nadających się do doszczętnej operacyi, a leczonych w ten sposób, że stwierdziwszy przy operacyi, iż guz nie nadaje się do wycięcia, umocowuje się go o ile się da w ranie brzusznej, a po kilku dniach rozpoczyna się naświetlanie promieniami Röntgena w silnych dawkach. W ten sposób w klinice Hochenegga leczono 8 chorych.

W 3 przypadkach uzyskano zupełne zniknięcie guza, w 5 leczenie pozostało bez skutku (z tego w 3 istniały już wybitne przerzuty w otrzewnej i wątrobie). Że rak pod wpływem tego leczenia rzeczywiście znika, dowodzi przypadek, w którym guz znikł zupełnie, tak, że przypuszczano, iż może rozpoznanie było mylne. Tymczasem w pewien czas chory ten powrócił z przerzutami w wątrobie i ze zwężeniem przełyku. Leczenie to naturalnie nie może być uważane za doszczętne, często wobec głębokiego położenia raka lub zrostów nie może być swobodnie stosowane, — bądź co bądź jednak tam, gdzie da się zastosować, trzeba tego leczenia spróbować, bo przynosi ono choć czasową znaczną ulgę chorym. K.

Ewald. **Przyczyna urazowego kostnienia mięśni.** (Zeit. f. ärzt. Fortbild. 1912 Nr. 20). Autor zastanawia się nad przyczyną urazowego kostnienia mięśni. Odrzuca przypuszczenia, że ogniska kostne pochodzą z tkanki łącznej lub zabłąkanych strzępów okostnej a twierdzi, że przyczyną kostnienia mięśni jest płyn stawowy. E. stara się to udowodnić następująco: w początkach cierpienia spotyka się w obrazie rentgenowskim chmurkowato rozlany cień w sąsiedztwie stawu, przemawiający właśnie za rozlaniem się płynu. Również przemawia za tem kształt skostnień, które jak na oderwania okostnej są za długie i za szerokie. Dalej przemawiały za tem nawroty po zbyt wczesnej operacyi, przyczem ciecz stawowa z stawu dostaje się w otoczenie, a wreszcie fakt, że miesienie i ruchy wczesne właśnie pogarszają stan, wpychając płyn dalej. K.

Kreuzfuchs. **O wrzodzie dwunastnicy.** (Med. Klinik 1913 Nr 12). Objawy wrzodu dwunastnicy znamy obecnie już o wiele lepiej i dlatego rozpoznajemy to cierpienie częściej, notabene, że także badanie promieniami Röntgena oddaje tu nieraz cenne usługi. Wrzód dwunastnicy w przeciwieństwie do wrzodu żołądka występuje częściej u mężczyzn. Zwykle znajduje się on na przedniej ścianie dwunastnicy; dosięga nieraz wielkości dwukoronówki. U 10% bywają wrzody mnogie. Przy badaniu trzeba zebrać najpierw bardzo dokładne wywiady co do rodzaju i sposobu powstawania bólów. Bóle określają chorzy jako świdrujące, w środkowej linii ciała albo więcej po stronie prawej, występujące w kilka godzin po jedzeniu. Bóle te występują z przerwami, nieraz długi czas trwającemi: krwotoki występują zaledwo w 37%, przedziurawienia bardzo rzadko, tkliwość brzucha w 10%. Najczęściej w żołądku spotykamy nadkwaśność i szybkie opróżnianie się. Chorzy mają apetyt bardzo dobry, przyczem głód wywołuje ból, a po jedzeniu zjawia się ulga, poczem znowu w 2—4 godzin po-

jawia się wzdęcie, bóle i gniecenie. Bóle występują najczęściej po obiedzie koło godziny 4. i koło godziny 2. w nocy; toteż chorzy przygotowują sobie na noc posiłek. Nieraz ucisk brzucha sprawia ulgę. Bóle występują czasem napadowo po zaziębieniu, względnie w miesiącach zimowych (grudzień do lutego) i trwają 2 tygodnie lub nawet kilka miesięcy, poczem na pewien czas znikają bez śladu. Ból występujący w pewien czas po jedzeniu pochodzi z późnego skurczu odźwiernika. W uporczywych przypadkach najskuteczniejsze jest leczenie chirurgiczne, zwłaszcza jednostronne wyłączenie odźwiernika podług Eiselsberga. A

Krecke. **O przewlekłem Zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 11). Jeżeli nawet poglądy co do operacyi ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego niezawsze są zgodne, to tem trudniejsza jest ocena przewlekłego zapalenia wyrostka. Przedewszystkiem nie ulega wątpliwości, że w dobie obecnej nietylko chorzy, ale i lekarze są pod suggestyą tego cierpienia i o wiele częściej przypuszczają obecność zapalenia wyrostka tam, gdzie go niema, niż odwrotnie. Wiele innych cierpień bierze się często mylnie za zajęcie wyrostka np. różnego rodzaju zaparcia, nieżyty kiszki (colitis), opadnięcie trzew, niedowład kiszki ślepej lub jej nadmierną ruchomość, kamienie wątrobowe, nerkowe, nerkę ruchomą, wrzód żołądka, zapalenie przydatków, zapalenie płuc z objawami brzusznymi i t. d. Zwłaszcza postępy chirurgii przyczyniły się do tego, że wobec żadnego prawie niebezpieczeństwa operacyi wyrostka operuje się go może zbyt często i stąd pochodzą statystyki dowodzące, że w przewlekłem zapaleniu wyrostka nieraz operacya nie przynosi ulgi. Z drugiej strony należy uwzględnić, że są różne postacie przewlekłego zajęcia wyrostka, np. takie, gdzie w wywiadach nie ma ani śladu przebytych napadów, dalej znów takie, gdzie chory dokładnie opisuje przebyte napady, a przy operacyi wyrostek okazuje się na oko niemal zupełnie zdrowy. Badanie makroskopowe wyrostka nie ma też tak doniosłego znaczenia, jak badanie drobnowidowe. Naodwrót znów nieraz przebieg zapalenia przewlekłego z wywiadów czy obserwacyi wydaje się bardzo lekki, a przy operacyi znajduje się bardzo daleko posunięte zmiany w wyrostku.

Niekiedy też mimo rzekomo zdrowego wyrostka, znalezionego przy operacyi, po wycięciu znikają przypady bez śladu. Przed przystąpieniem do operacyi trzeba zastanowić się dobrze, czy dane przypadłości rzeczywiście i na pewno pochodzą z wyrostka. Często po operacyi z początku stan jest przez suggestyę korzystny, poczem przypady powracają, bo nie pochodziły one z wyrostka. Przy badaniu trzeba zatem uwzględnić charakter bólów, ich siedlisko pierwotne i rozpromienianie się, częstość i rodzaj występowania, zależność od ruchów i wysiłków fizycznych, regularności, bolesność innych miejsc w brzuchu, oporność brzucha, zmiany w stolcu, skutek leczenia dyetetycznego, a wreszcie stan układu nerwowego. Nie należy opierać wskazania do operacyi na jednorazowem badaniu, ani tem bardziej tylko na wywiadach u chorego, którego dotąd żaden lekarz nie badał. Są wprawdzie chirurdzy, wycinający każdy wyrostek, nawet zapobiegawczo, ale pamiętać należy o tem, że u osoby nerwowej potem może dopiero rozwinąć się poważne cierpienie nerwowe. K.

Laryngologia i otyatrya.

Kobrak. **Bóle ucha i ich znaczenie rozpoznawcze.** (Medizinische Klinik 1912 Nr 25). Bóle w uchu występują w zapaleniu ucha zewnętrznego i w zapaleniu ucha środkowego. Dla rozpoznania różniczkowego należy o tem pamiętać, że w pierwszym razie słuch zwykle nie jest bardzo upośledzony i bóle bywają wywołane przez ucisk wywarty w kierunku pionowym do ściany przewodu ucha zewnętrznego, w drugim zaś razie słuch od początku mniej lub więcej jest upośledzony i ból bywa wywołany przez ucisk, wywarty na wewnątrz w kierunku równoległym do dolnej ściany przewodu, a sama choroba przeważnie dołącza się do sapki, do zapalenia gardła i t. p. U małych dzieci bóle uszne objawiają się tem, że dzieci chwytają rączkami za ucho chore lub wciskają chore ucho w poduszkę i przy myciu nie pozwalają dotykać się ucha. Starsze zaś dzieci określają nieraz bóle, pochodzące z ucha środkowego, jako ból w zębach lub w policzku. W uchu mogą być odczuwane bóle rozpromieniające się, pochodzące ze zmian w jamie nosowogardłowej, szczególnie w przypadkach wrzodu w okolicy trąbki, który przy zwykłem oglądaniu gardła uchodzi uwagi, a dla rozpoznania wymaga tylnego wziernikowania nosa. Podobnie ropotok w bocznych jamach nosa, zwłaszcza w jamie szczękowej, może dać powód do bolesnego uczucia ucisku w uchu. Dość często zepsute zęby, jak również wrzody krtani, szczególnie przyrody gruźliczej, bywają źródłem silnych bólów usznych, na co w danym razie należy zwracać należytą uwagę.

Spira.

Heilskov i Nahler. **O leczeniu śródoskrzelowem zapalenia oskrzeli i dychawicy.** (Monatsschrift f. Ohrnh. 1913 Nr 1). Autorzy podają 30 przypadków, leczonych w sposób następujący. Na pół godziny przed zabiegiem wstrzykiwano choremu podskórnie $^1/_2$—1 cg. morfiny. Po znieczuleniu gardła i krtani 10$^0/_0$ kokainą z adrenaliną rozpylano śródoskrzelowo przez rurkę bronchoskopową (28 przyp.) albo przez rozpylacz Ephraima (2 przyp.) 2$^0/_0$ roztworu nowokainy z adrenaliną, albo rozczyn Schleicha, albo 3$^0/_0$ rozczyn kokainy z adrenaliną. Postępowanie to powtarzano po 2—4 razy w 27 przypadkach dychawicy oskrzelowej i 3 przypadkach zapalenia oskrzeli. W 6 przypadkach osiągnięto wyleczenie, w 11 poprawę. Wszyscy jednak chorzy doznawali bezpośrednio po każdym zabiegu wyraźnej ulgi. Dla rozstrzygnięcia pytania, czy skutek ten przypisać należy lekarskiemu działaniu środków znieczulających, czy też mechanicznemu działaniu bronchoskopu na skurcz mięśni oskrzelowych (Ephraim), wstrzykiwali autorzy dla kontroli w dwóch przypadkach wodę przekroploną, w jednym zaś nie używano żadnego leku; skutek był we wszystkich tych 3 przypadkach podobnie zbawienny, jak w innych przypadkach, w których stosowano wymienione wyżej leki.

Spira.

Scheibe. **Wskazania do przebicia błony bębenkowej i do dłutowania wyrostka w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego.** (Zeitschr. f. ärzt. Fortb. IX. 22). Przebija się błonę bębenkową w takim razie, gdy sprawa trwa już kilka dni, a ostrość słuchu przy szeptaniu spadła poniżej $^1/_2$ metra. Dłutowanie wyrostka, jako zabieg natychmiastowy, ratujący życie, jest wskazany: 1) w razie objawów powikłań śródczaszkowych, względnie zaczynającego się przebicia do błędnika (głuchota i zawroty); 2) w razie wybitnego chełbotania za uchem, przetok, przebijania się ropy i t. p.; 3) przy obrzęku za uchem, trwającym trzy tygodnie mimo leczenia; 4) przy wielkiej tkliwości wyrostka w późniejszych okresach mimo skrupulatnego leczenia; 5) w razie silnych bólów i pogarszania się objawów mimo przebicia błony bębenkowej. K.

Zografides. **Ozena.** (Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1912, Nr 12). Spostrzeżenia, zebrane w rodzinach, szkołach, fabrykach dowodzą, że ozena nie jest zaraźliwą. Ujemny wynik próby Wassermanna wyłącza jej pochodzenie kiłowe. Na podstawie tego i teoretycznych rozumowań uważa Z. ozenę za chorobę wogóle nie zakaźną, a przyjmuje za przyczynę ozeny nerwowe zaburzenie odżywcze na tle zboczenia konstytucyonalnego, nieraz rodzinnego. Za tem przemawia też, zdaniem Z., zanik części miękkich i kostnych odpowiedniej połowy twarzy, który autor u chorych na ozenę jednostronną często stwierdzał. Za przyczynę usposabiającą uważa Z. zimnicę, zwłaszcza w Grecyi częstą i wynikające z niej charłactwo. Gruczoły śluzowe nosa stoją pod wpływem nn. mózgowych i współczulnych. Nn. mózgowe, wpływające na te gruczoły, przebiegają w drugiej ga-

łęzi n. trójdzielnego, włókna współczulne pochodzą ze zwoju klinowo-podniebiennego. Badania Heidenhaina i Aschenbranda wykazały, że podrażnienie n. trójdzielnego wywołuje obfitą, wodnistą wydzielinę z nosa, podrażnienie zaś zwoju klinowo-podniebiennego wywołuje wydzielinę skąpą, ciągnącą się, śluzową. Przez zaburzenia odżywcze n. trójdzielnego czynność jego zmniejsza się, pozostaje tylko czynność gałązki współczulnej. W ten sposób tłómaczy się, zdaniem autora, w ozenie skąpa wydzielina łatwo wysychająca. Prątki opisane, jako przyczyna tej choroby, uważa Z. za proste saprofity, z zanikiem żadnego związku nie mające. Nakoniec omawia Z. niedostateczność wszystkich dotychczasowych metod leczniczych i podaje własną, polegającą na dotykaniu całej powierzchni oczyszczonej wpierw błony śluzowej nosa mało ogrzanym szerokim końcem galwanokauteru. Oprócz tego chory ma sobie nacierać jamę nosową 2 razy dziennie maścią z 2—10% kalomelu. Równocześnie podaje się dla leczenia stanu ogólnego wewnętrznie przetwory jodowe, żelaziste, tran z fosforem lub arszenik podskórnie. 24 historyi choroby przytacza Z. na dowód, że swym sposobem leczenia osiągnął dobre wyniki. Spira.

O. Beck i S. Crowe. **Przyczynek do rozpoznania utrudnionego odpływu krwi z mózgu, ze szczególnem uwzględnieniem zakrzepu zatok pochodzenia usznego.** (Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1912, Nr 12). Doświadczenia, wykonane na 20 zdrowych ludziach, wykazały, co następuje: 1) Przy uciśnięciu żyły szyjnej jednej strony palcem nie widać żadnej zmiany w żyłach siatkówkowych i nadoczodołowych. 2) Równoczesne uciśnięcie obu żył szyjnych wywołuje wyraźne rozszerzenie żył na dnie oka i żył, stanowiących połączenie obiegu żylnego wewnątrz- i zewnątrzczaszkowego. 3) Jeżeli po uciśnięciu obustronnem ucisk po jednej stronie nagle ustaje, to żyły, przedtem przepełnione, klęsną. Trzy te fakta są bardzo ważne o tyle, że jeżeli w pewnym przypadku wynik takiego badania znacznie zbacza od schematu wyżej podanego, to można przypuścić albo zboczenie krążenia śródczaszkowego, albo jakieś zmiany, utrudniające odpływ krwi z mózgu. Przy zakrzepie zatoki żylnej istnieje mniejsza lub większa przeszkoda dla odpływu krwi do żyły szyjnej. Uciśnięcie żyły szyjnej drugiej strony palcem wywoła wtedy niewątpliwie objawy zastoju. Jeżeli zatem u chorego na uszy stwierdzano zrazu podanymi powyżej sposobami stosunki prawidłowe, a później przy podniesionej ciepłocie badanie wykazuje, że krew po jednej stronie nie odpływa tak swobodnie, jak po drugiej, to można na tem opierać rozpoznanie wikłającego sprawę uszną zakrzepu zatoki żylnej. Spira.

J. Meyer: **Zużytkowanie lokalizacyi dźwięku w celu wykazania różnic słuchowych, używanie jej jako próby do udawania.** (Monatsschrift f. Ohrhk. 1912). M. podaje dwie obmyślone przez siebie metody w celu stwierdzenia jednostronnego udawanego lub prawdziwego niedosłyszenia wysokiego stopnia lub głuchoty. 1) Metoda odchylenia (Ablenkungsprobe) polega na tem, że badanego, zawiązawszy mu dokładnie oczy, obraca się w krześle obrotowem kilka razy w różnych kierunkach w celu zdezoryentowania go. Następnie ma on wskazać wyprostowanemi ramionami kierunek, w którym znajduje się pewne źródło dźwiękowe, trwające bardzo krótko. Pokazało się, że w świeżem jednostronnem niedosłyszeniu chory lokalizuje zawsze po stronie zdrowej, niezależnie od rzeczywistego kierunku pochodzenia głosu. Odchylenie to ustaje w chwili poprawy słuchu po stronie chorej. Udający głuchotę zdezoryentowany oznaczy nieraz kierunek głosu po stronie rzekomo chorej. 2) Próba nasilenia (Intensitätsprobe) wykonuje się w sposób podobny. Badany ma w początku zapamiętać sobie siłę pewnego dźwięku. Po zdezoryentowaniu go przez kilkorazowe nieregularne obrócenie, ustawia się źródło dźwięku raz po jednej, raz po drugiej stronie chorego, który ma odrazu podać, czy słyszy teraz dźwięk głośniej, słabiej, czy równie głośno, jak przedtem. Zdrowy słyszy zawsze dźwięk równie silnie, natomiast jednostronnie niedosłyszący słyszy dźwięk głośniej, jeżeli źródło dźwięku znajduje się po stronie zdrowej. W ten sposób próby te mogą służyć do odkrycia udawania. Spira.

Blegrad: **Znieczulenie błony bębenkowej.** (Archiv. internation de laryng., d'otol. 1912). W celu znieczulenia błony bębenkowej przy przekłuciu jej posługiwał się B. z korzyścią następującą mieszanką: »Cocain hydrochlor. 1·0, Acid. salicyl. 1·0, Alcohol absol. 2·0, Sol. adrenalin. ($^1/_{1000}$) gt. 10«. Zwitek waty, zamoczony w tym rozczynie, przyciska się przez 15—20 minut do tego miejsca błony, które ma być przecięte, poczem zazwyczaj następuje znieczulenie. Bolesne pieczenie, występujące zaraz po przyłożeniu tego środka, prędko ustępuje. Dodatek kw. salicylowego służy do zniszczenia nabłonka błony bębenkowej, co ułatwia zadziałanie środka znieczulającego. W celu zupełnej bezbolesności zabiegu powinien nożyk, do tego używany, być dobrze zaostrzony i powinno się przytem unikać dotknięcia nim wewnętrznej ściany jamy bębenkowej. Z 54 w ten sposób wykonanych przecięć, większa połowa była całkiem bezbolesna, zresztą zaś bolesność była zmniejszona. W ten sam sposób udało się też bezbolesne wycięcie polipów usznych; natomiast przy nacięciu czyraków w przewodzie zewnętrznym ucha lub przy częściowem wycięciu błony bębenkowej chorzy zawsze czuli bolesny ucisk narzędzia na zapaloną tkankę. Spira.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 9. lutego 1913 r.

I. Rozpatrzono regulamin Zjazdów lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

II. Kol. Łokczewski przedstawił dziecko tygodniowe **z wynicowaniem pęcherza.** Poniżej pępka w miejscu niezamkniętej ściany brzusznej guz wielkości jabłka. Powierzchnia guza czerwona, usiana brodawkami, zwilżona spływającym moczem, przy dotykaniu krwawi. Ujścia moczowodów nie widać. Prącie niedokształcone, tylna część zlewa się z guzem. Ujście cewki moczowej na grzbiecie prącia (epispadiasis). Jądra i moszna prawidłowe.

W dyskusyi a) kol. Rozenfeld zaznacza, że guz, wystający na zewnątrz, jest właściwie tylną ścianą pęcherza, która zajmuje przestrzeń wolną, powstałą wskutek rozejścia się mięśni prostych brzucha i kości łonowych; dalej mówi kol. R. o przebiegu klinicznym tego cierpienia i najważniejszych metodach leczenia operacyjnego; b) kol. Biegański przypomina, że podobny przypadek był już przedstawiony w Towarzystwie lek. częstochowskiem przed kilku laty; c) kol. Stefan Kohn zatrzymuje się bliżej na powstawaniu tego zboczenia rozwojowego i obiecuje sprawę tę omówić w osobnym referacie na jednem z następnych posiedzeń.

III. Kol. Biegański: **Stosowanie sedobrolu w padaczce.** Ważnym czynnikiem w leczeniu padaczki obok podawania bromu jest ograniczenie soli kuchennej w pokarmach. Przeprowadzenie tej dyety w ciągu dłuższego czasu jest bardzo trudne, gdyż chorzy wkrótce doznają nieprzezwyciężonego wstrętu do jedzenia. Żeby zaradzić tej trudności, wprowadzono w ostatnim czasie do leczenia padaczki połączenia bromu z solą kuchenną i przyprawami korzennemi w postaci pastylek pod nazwą sedobrolu Roche. Każda pastylka zawiera nieco więcej nad 1·0 gr. soli bromowych i 1·0 gr. soli kuchennej z domieszką korzeni. Pastylkę rozpuszcza się w $^1/_4$ litra wody gorącej i spożywa się, jako zupę. Po rozpuszczeniu kilku pastylek w tejsa-

mej ilości wody otrzymujemy sos, który można dodawać do różnych potraw. Leczenie polega na stosowaniu pożywienia możliwie niesłonego, do którego dodaje się od 3 do 5 pastylek dziennie w postaci sosu lub zupy. Wyniki tego sposobu leczenia, jak świadczą liczne sprawozdania, ogłoszone w roku zeszłym w »Münch. med. Wochenschr.«, są bardzo pomyślne.

III. Kol. Rozenfeld poruszył sprawę utworzenia przy Towarzystwie lekarskiem sekcyi przeciwgruźliczej. Na początek, wobec braku funduszów, zadania sekcyi byłyby bardzo skromne. Urządzanie odczytów popularnych, rozpowszechnianie wydawnictw Towarzystwa przeciwgruźliczego warszawskiego, pomoc lekarska bezpłatna, w miarę możności materyalna, stanowiłyby najważniejsze zadania sekcyi. Stopniowo w miarę szerszego zainteresowania się tą sprawą ogółu, sekcya przeciwgruźlicza mogłaby dążyć do założenia Towarzystwa przeciwgruźliczego, jako instytucyi samoistnej i niezależnej. W obecnych warunkach, przy ogólnym zastoju i apatyi, instytucya taka nie miałaby widoków powodzenia i nie zdołałaby skupić dokoła siebie ludzi, chcących na tem polu pracować.

W dyskusyi kol. Biegański projekt powyższy uważa za słuszny i sądzi, że utworzenie sekcyi przeciwgruźliczej da się pogodzić z zadaniami, objętemi ustawą Towarzystwa. Szczegóły projektu mogą być rozpatrzone na pierwszem posiedzeniu powakacyjnem, które odbędzie się z udziałem umyślnie w tym celu zaproszonych gości.

Posiedzenie z dnia 23. lutego 1913 r.

I. Kol. Wasilewski przedstawił chorą **z rumieniem guzowatym** i wypowiedział kilka uwag o zakaźnem pochodzeniu tej choroby.

II. Kol. Stefan Kohn pokazał na chorej, w jaki sposób każdy lekarz wykonać może łatwo **racyonalną opaskę brzuszną**. Wzór tej opaski podany został przez Ascha. Za materyał służy specyalne i odpowiednio grube płótno. Wymiary powinny być ściśle przystosowane do wielkości brzucha. Opaska spełnia doskonale swoje zadanie i nie wywiera nigdzie niepożądanego ucisku. W końcu kol. Kohn przedstawił opaskę gotową.

III. Apt. Szydłowski: **O standardyzacyi leków**. Standardyzacyą, od angielskiego wyrazu »standard« (wzór), nazywamy mianowanie czyli doprowadzenie leku do przepisanej zawartości działającego składnika. Standardyzacya może być chemiczną, jeżeli zawartość składnika określamy zapomocą analizy chemicznej, i fizyologiczną, jeżeli wartość leku określamy wynikiem działania jego na zwierzęta. Standardyzacya chemiczna znana jest i stosowana oddawna w farmacyi. Od lat kilku nadto wprowadzono standardyzacyę fizyologiczną tych leków, których wartość lecznicza nie daje się określić zapomocą analizy chemicznej. Pierwszy zastosował ją Houghton. Metoda ta daje najlepsze wyniki przy sprawdzaniu środków sercowych. Największem uznaniem cieszą się dwie główne metody — Houghtona, który za miano przyjął t. zw. »Heart tonic unit« (jednostkę sercowotoniczną), wyprowadzoną z dawki śmiertelnej leku dla żaby i Fockego, który oparł swój sposób na wyliczaniu czasu, potrzebnego dla zupełnego skurczu komory sercowej żaby. Wobec tego, że w doświadczeniach powyższych liczyć się trzeba z indywidualnością zwierząt i różnymi nieuchwytnymi czynnikami, mianowanie fizyologiczne nie może zasługiwać na nazwę badania ściśle naukowego i zastąpić analizy chemicznej. Na razie jestto jedyny sposób określenia wartości środków sercowych.

W dyskusyi oprócz referenta zabierali głos kol. Biegański, Stefan Kohn i apt. Nowak.

IV. Przedstawiciel firmy Klawe z Warszawy, dając odpowiednie wyjaśnienia, pokazał wszystkie wyroby lecznicze Klawego. Karol Rozenfeld.

42. Zjazd chirurgów niemieckich

(Berlin, 26—29 marca 1913)

podał

Dr Adolf Klęsk.

(Ciąg dalszy).

Sprengel (Brunszwik). **Dobór środka usypiającego przy operacyach w jamie brzusznej z powodu ostrych spraw zapalnych.** Unikać należy chloroformu, a natomiast stosować uśpienie morfinowo-eterowe. Kümmel zaleca śródżylne uśpienie eterowe, a przedtem i sopral, Petroff uśpienie hedonalowe.

Stammler (Hamburg). **Leczenie nowotworów złośliwych wyciągami z nich samych.** (Demostracya wyleczonego chorego). S. uzyskał wyleczenie z raka macicy u 65-letniej chorej, wstrzykując jej wyciąg z gruczołu z przerzutem raka. Wyleczenie trwa już od 2 lat.

Na wieczorze demonstracyjnym omawiał Fränkel (Berlin) przypadki operacyi brzusznych, w których w rozpoznaniu były pomocne promienie Röntgena, Cohn (Berlin) badania nad trawiennem napełnianiem się i opróżnianiem wyrostka robaczkowego, Schmieden operacyjne leczenie zaparcia stolca, Rehn doświadczenia z fizyologią i patologią osierdzia, Coenen (Wrocław) i Mühsam rany postrzałowe, Goebel urządzenia Czerwonego krzyża w Trypolisie, Heile (Wiesbaden) topografię przestrzeni nadoponowej, Vaelcker (Heidelberg) pyelografię, Axhausen wolne przeszczepianie błon śluzowych, Brandes (Kilonia) zanik kości występujący wskutek nieużywania kończyn, Glasner (Berlin) powstawanie biodra koślawego.

Küttner (Wrocław). **Wrzód dwunastnicy.** K. omawia na podstawie zebranych 800 przypadków objawy wrzodu dwunastnicy (okresowość napadów bólu, ból głodowy, nocny, tkliwość brzucha, zmiany wydzielnicze i ruchowe żołądka, powikłania i t. d.) Wrzody dwunastnicy prawie nigdy nie goją się same.

Van der Velden (Düsseldorf). **Uwagi farmakoterapeutyczne przy leczeniu wrzodu żołądka lub dwunastnicy.** Przy krwotokach radzi V. śródżylne wstrzykiwania 5—10% rozczynu soli kuchennej w ilości 5 cm^3. Żelatyna lub obce białko służyć mogą tylko jako sposoby przygotowujące. Makowiec nie uspokaja wcale żołądka, bo zwiększa jego napięcie, chyba że przedtem poda się atropinę.

G. Bergmann (Altona). **Wrzód dwunastnicy a wegetatywny układ nerwowy.** B. miał ogółem 40 przypadków, z czego 25 wykazalnych zapomocą radyogramu. Bardzo często spotyka się przy wrzodzie dwunastnicy zmiany w wegetatywnym układzie nerwowym, n. p. rozszerzenie źrenic, błyszczące oczy, nadmierne wydzielanie, zwolnienie tętna mimo braku schorzenia nerwu błędnego i współczulnego. Kto wie, czy właśnie nerwica nie jest tu przyczyną powstawania wrzodów.

Sudermann. **Sztuczne wywoływanie wrzodów żołądka przez podwiązywanie sieci i utrudnianie krążenia w żyle wrotnej.** (Praca doświadczalna).

Haudek (Wiedeń). **Obrazy rentgenowskie przy wrzodzie dwunastnicy.** Najczęściej spotyka się: zwężenie bliznowate lub kurczowe, cienie trwałe lub zaułki, szybkie opróżnianie się żołądka po posiłku, a zwolnienie zupełnego opróżnienia się, głęboki ruch robaczkowy żołądka, ustalenie odźwiernika. Wynik ujemny badania promieniami Röntgena nie wyłącza wrzodu, a przemawia raczej za wrzodem dwunastnicy w razie wybitnych objawów klinicznych. Jeżeli stwierdzi się szybkie opróżnianie się żołądka, wówczas wykonanie samej gastroenterostomii nie jest dobre, bo pokarmy opuszczać będą żołądek i tak przez odźwiernik i dlatego koniecznie trzeba w tych przypadkach dodać zacieśnienie odźwiernika.

Haberer (Insbruck). **Wrzód trawienny jelita czczego po połączeniu żołądka z jelitem.** Wrzody takie nie należą do rzadkości, lecz ten chirurg, który wykonał gastroenterostomię, zwykle już ich nie spostrzega, bo chorzy, zrażeni do niego, zwracają się gdzieindziej. Haberer spostrzegał 5 przypadków (3 po operacyach wykonanych przez innych chirurgów). Chorzy twierdzą zwykle, że po operacyi nie doznali ulgi. Wrzód sadowi się często właśnie naprzeciw otworu operacyjnego. Operacya wrzodu następowego bywa nieraz ciężką, jeżeli ma być doszczętną i skuteczną. Przemawia to za doszczętnem postępowaniem przy wrzodzie, a nadto nakłania do ścisłego wewnętrznego leczenia chorych po wykonaniu gastroenterostomii.

XII. Zjazd niemieckiego Towarzystwa ortopedycznego

odbył się w Berlinie dnia 24 i 25 marca. Głównymi tematami obrad były: 1) Leczenie skrzywień kręgosłupa z pomocą sposobu Abbotta (sprawozd. w »Przegl. lek.«). 2) Przewlekłe zniekształcające zapalenie stawów. 3) Anatomia nerwów podług Stoffela i zastosowanie jej praktyczne.

Co do leczenia skrzywień kręgosłupa, to wprawdzie przyznano, że zużytkowanie sił oddechowych do tego celu ma wielkie znaczenie, ale wątpliwą jest rzeczą, by ustalone skrzywienia można tak szybko w opatrunku prostować. Nadto spostrzegano przy tem leczeniu różne zaburzenia, jak sercowe, oddechowe itp. a nawet utworzenie się klatki piersiowej lejkowatej. Niewiadomo też, jakie będą wyniki stałe tego leczenia.

Stoffel zachęca znów do swych operacyi, polegających na dokładnej znajomości anatomii przekroju nerwu. Np. przy rwie kulszowej przecina on tylko gałązki czuciowe i osiąga przez to bardzo dobry skutek; przy naciąganiu nerwu natomiast uszkadza się i włókna ruchowe. Także przy przeszczepianiu nerwów należy przeszczepiać tylko odpowiadające sobie co do czynności gałązki nerwów, do czego konieczną jest dokładna znajomość anatomii przekroju nerwów.

O przewlekłem zapaleniu stawów mówił Kraus, zachęcając do leczenia radem, Iselin poruszał sprawę tegoż cierpienia u dzieci, Poncet omawiał opisany przez siebie gościec gruźliczy, a Preiser udowadniał, że przyczyny zniekształcającego zajęcia stawów upatrywać należy w zaburzeniach statycznych. Tietze i Jacobsohn żądali usunięcia nazwy »arthritis deformans«, a podziału cierpień stawowych przewlekłych na przebiegające z przerostem lub też zanikiem tkanek. Leczenie operacyjne daje tu bardzo wątpliwe wyniki.

W końcu powzięto uchwałę, by popierać fizyczne wychowywanie młodzieży, a to przez odpowiednie wykłady i odczyty z demonstracyami, wykazujące dotychczasowe błędy w wychowaniu i zachęcające do postępu na tem polu. K.

Higiena, epidemiologia, statystyka.

Ospa w Łodzi w r. 1912.

(Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego łódzkiego w d. 5 marca r. 1913).

napisał

Dr Stanisław Skalski

(Ciąg dalszy).

Wśród 587 osób zmarłych na ospę w Łodzi w roku 1912 były 22 osoby powyżej lat 14, — w roku 1911 osób tej kategoryi było 59, — cała zaś pozostała liczba, t. j. 566 osób, to dzieci lub młodzież poniżej lat 14. Według danych spisu ludności, dokonanego w Łodzi w końcu r. 1911, młodzieży i dzieci poniżej lat 14 mieliśmy w Łodzi 181.238 osób, czyli 35·36% ogółu ludności, liczącej wtedy 512.612 osób. Na tę ilość młodzieży i dzieci powinnoby przypaść zgonów z ospy 208 przy sprawiedliwym podziale. Podział jednak wypadł niesprawiedliwie, bo dziatwa ginęła znacznie liczniej, niż dorośli.

Według wyznań ofiarą ospy padło dorosłych katolików 17, ewangielików 1, prawosławnych 2, żydów 2, dzieci i młodzieży katolickiej 474, ewangielickiej 84, prawosławnej 2, żydowskiej 5, ogółem dziatwy i młodzieży wszystkich 4 wyznań 565.

Dla porównania przytaczamy liczbę zgonów wskutek ospy wśród ludności każdego z czterech wyznań w Łodzi w r. 1912, w Warszawie w stosunku rocznym w okresie między 1907—1911, oraz w Paryżu w roku 1906 [1]), obliczone na 10 tysięcy ludności.

[1]) Dane co do Warszawy i Paryża przytaczam według książki Józefa Konczyńskiego: »Ludność Warszawy, studyum statystyczne 1877—1911«. Warszawa 1913.

W Łodzi tedy na 10 tysięcy mieszkańcow przypadło 11·45, w Warszawie 4·61, a w Paryżu 0·066. Nawet śmiertelność z ospy w gminie żydowskiej w Łodzi przewyższa tę cyfrę 6·3 razy, jakkolwiek jest ona minimalną na nasze stosunki, wynosi bowiem 0·42 na 10 tysięcy ludności żydowskiej w Łodzi. Inne wyznania dają bez porównania wyższe cyfry: prawosławni — 6·58, ewangielicy — 12·19, katolicy — 18·58, średnia zaś dla całej ludności Łodzi wynosi 11·45 na 10 tysięcy.

Śmiertelność wskutek ospy według płci i wieku w r. 1912 *).

płeć męzka	Wiek	płeć żeńska
	do miesięcy	
3	1	3
1	2	6
3	3	2
7	4	2
6	5	4
9	6	14
7	7	6
6	8	11
18	9	14
6	10	4
5	11	5
17	12	21
—	do lat	—
79	2	87
41	3	44
22	4	23
15	5	13
14	6	8
11	7	4
4	8	2
1	9	1
2	10	4
2	11	—
1	12	2
1	13	—
—	14	—
—	15	—
—	16	1
2	17	—
1	18	2
2	19	—
—	20	1
—	21	1
2	22	—
1	23	—
—	24	—
1	25	1
2	26	1
—	39	1
1	60	—
293		288

*) Prawosławni nie zostali uwzględnieni w niniejszej tablicy, obejmuje ona ludność Łodzi wyznania katolickiego, ewangelickiego oraz żydów.

Widzimy, że każdy okres życia ludzkiego, od niemowlęctwa począwszy, na wieku zgrzybiałym kończąc, na tej czarnej karcie, która na zawsze pozostanie jako plama w dziejach naszego miasta, miał swych przedstawicieli, lwia jednak część ofiar — to dzieci. Zwraca uwagę fakt, że najliczniej padały ofiarą ospy dzieci mające od 1/2 do 8 lat. Największa śmiertelność z ospy panowała wśród dzieci od 13 do 24 miesięcy, zmarło ich bowiem 166, w tem chłopców 79, dziewcząt 87.

Brak regestracyi przyczyn śmierci względnie badania pośmiertnego nie pozwala nam odpowiedzieć na pytanie, ile z tych zmarłych niebożąt miało zaszczepioną ospę ochronną, a ile padło ofiarą niedbalstwa swych najbliższych i ospałości władz miejskich, to jednak niemal napewno twierdzić możemy, że przeważająca większość musiała być nieszczepionych, inaczej dzieci chrześcijan nie marłyby w tak dużej liczbie, skoro z pośród dzieci żydowskich umarło wszystkiego pięcioro. Pamiętać bowiem musimy, żę jeśli wogóle człowiek dziobaty stanowi wśród żydów rzadkość, to niemniejszą jest wśród nich nieszczepione dziecko. Na dowód poza spostrzeżeniami z praktyki każdego z nas, przytoczę dane, łaskawie mi zakomunikowane przez kol. Dra Maszlankę co do dziatwy żydowskiej, wysyłanej z Łodzi na kolonie letnie. Wśród tych 450 dzieci n i e b y ł o a n i j e d n e g o n i e s z c z e p i o n e g o. Z 235 chłopców 174 miało raz szczepioną ospę ochronną, 51 — dwukrotnie, 6 — więcej niż dwa razy. Wśród 215 dziewczynek 164 miały raz szczepioną ospę, 61 — dwukrotnie, 14 — więcej niż dwa razy. Sześciu więc chłopców i czternaście dziewczynek zwolniono od ponownego szczepienia, wszystkim zaś pozostałym dzieciom zaszczepiono ospę ochronną przed wyjazdem na kolonie letnie, w myśl uchwały Towarzystwa lekarskiego łódzkiego powziętej w roku zeszłym i zakomunikowanej Zarządowi kolonii letnich dla dzieci żydowskich. Wynik tego zabiegu nie jest wiadomy, bo szczepienie ospy odbywało się przed samym wyjazdem, a w czasie pobytu na wsi wynik nie był sprawdzany. Przypominamy, że dzieci mogły liczyć najwyżej lat 14.

Żałujemy, że nie możemy przedstawić podobnych danych z Towarzystwa kolonii letnich dla dzieci chrześcijańskich m. Łodzi. O ile jednak wiemy, przy kwalifikowaniu dzieci do wyjazdu nie zwracano tam uwagi na dokonane poprzednio szczepienia ospy ochronnej, nie szczepiono też ospy dzieciom przed wysłaniem na wieś, pomimo, że Towarzystwo lekarskie zawiadomiło o swej uchwale również kolonie chrześcijańskie.

Zajmujący obraz widzimy, rozpatrując się w spisie ulic, na których zaszedł wypadek śmierci wskutek ospy. Są to przeważnie dzielnice kresowe, zamieszkane przez ludność uboższą naszego miasta, jeśli zaś w dodatku zajrzymy do rubryki »zajęcie« głowy rodziny zmarłego, jak to czyniłem, wypisując dane z ksiąg parafialnych, to zauważymy, że ospa znęcała się wyłącznie niemal nad ludnością robotniczą, a całkowicie wyłącznie nad — uboższą. Do tych kresów, do tych mieszkań ludności niezamożnej powinni byli dojść owi lekarze i studenci, którzy w lecie roku ubiegłego pod wpływem nawoływań Towarzystwa lekarskiego łódzkiego w ciągu miesiąca szczepili ospę ochronną.

(Dok. nast.).

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Kol. Franciszek Sękiewicz z Buczacza złożył 20 kor. na fundusz wdów i sierot, jako datek kol. J. Kittnera z Borszczowa. Kol. Sękiewicz złożył koron 30 na fundusz imienia Merunowicza, jako dar Towarzystwa »Sokół« w Buczaczu za bezinteresowne urządzenie kursu samarytańskiego przez kol. Sękiewicza. Za dary te wyraża Rada zawiadowcza Tow. lek. galic. serdeczne podziękowanie.

Prezes: Machek. Sekretarz: Zabłocki.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 7. V. b. r. posiedzenie, na którem kol. Hładij przedstawił chorych z kliniki chirurgicznej, a kol. M. Godlewski miał wykład: »O samozateuciu z przewodu pokarmowego ze stanowiska klinicznego«.

— Akademia Umiejętności mianowała swym członkiem korespondentem prof. Dr Becka ze Lwowa. Wśród nagród, przyznanych przez Akademię, otrzymał nagrodę z fundacyi Spasowicza Dr Wł. Biegański z Częstochowy za dzieło p. t. »Teorya logiki«, z fundacyi im. Lubomirskich prof. Dr N. Cybulski z Krakowa za prace nad prądami elektrycznymi w mięśniach.

— Dyplom doktorski Wszechnicy Jagiellońskiej uzyskał Dr Stefan Rudzki, rodem z Żytomierza.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 20. IV. do 26. IV. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (obcych 1 † —), krztuśca 5 † 1, ospy wietrznej 4, płonicy 6 † 1 (1 † —), odry 6 † — (1 † —), duru brzusznego 5 † — (3 † —), czerwonki — † — (— † —), kuru —, róży —. Dr Janiszewski.

Warszawa. Kwietniowy zeszyt »Zdrowia« poświęcony jest w całości sprawie higieny miast, zarówno w dziale artykułów oryginalnych, jak i w dziale sprawozdawczym.

— Polskie Towarzystwo okulistyczne wybrało na rok bieżący swym prezesem Dr Ziemińskiego, wiceprezesem Dr Beina, sekretarzem Dr Paradowskiego.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 28. IV. do 5. V. 1913 przypadków: ospy 1 † —, płonicy 1 † —, duru wysypkowego 4, róży —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. W sanatoryum Topolschitz koło Cylei w Styryi są miejsca bezpłatne dla jednego słuchacza medycyny z lat wyższych, młodego lekarza lub asystenta uniwersytetu z Wiednia, Grazu, Insbruku, Krakowa, Lwowa i Pesztu. Uzyskanie takiego miejsca daje prawo do bezpłatnego mieszkania z utrzymaniem i używania wszelkich środków leczniczych wraz z opieką lekarską przez 3 tygodnie między 15. maja a 1. lipca; stypendyści nie są zobowiązani do żadnej pracy lekarskiej dla sanatoryum. Zdrojowisko Topolschitz jest cieplicą, a wskazania obejmują znaczną część chorób wewnętrznych i nerwowych, szczególnie zaś choroby serca, przemiany materyi i nerwice. Te miejsca bezpłatne otrzymać mogą tylko obywatele austryaccy lub węgierscy; podania z dołączeniem świadectwa lekarskiego wnosić należy niezwłocznie do Wydziału lekarskiego.

Mianowani: Dr Grotjahn, docent higieny społecznej w Berlinie, profesorem.

Zmarli: chirurg prof. Bramann w Halle: najstarsza w Europie siostra Czerwonego krzyża, N. M. Baszmakowa, która pracowała już w czasie wojny krymskiej przy Pirogowie, w Petersburgu, dożywszy 103 lat.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 14. maja 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Dr K. Rzętkowskiego z Warszawy: Wpływ środków i zabiegów leczniczych na przemianę materyi

Walne Zgromadzenie galicyjskiej kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się dnia **31 maja 1913 r.** o godzinie 6 wieczorem **we Lwowie** w lokalu **polikliniki powszechnej** (ul. Lindego l. 5). Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie z ubiegłego roku, sekretarz Dr Lilien. 2) Sprawozdanie kasowe, skarbnik Dr Świątkiewicz. 3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej. 4) Ewentualne wnioski członków. W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godzinie 6½ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

Dr Festenburg, przewodniczący. Dr Lilien, sekretarz.